

24 % (9 случаев). По вышеуказанным возрастным подгруппам также отмечено преобладание мужчин: в возрасте от 25 до 34 лет – 8 мужчин и 3 женщины, в возрасте от 35 до 44 лет – 21 и 6 случаев соответственно. Выявлено явное преобладание среди ИИ молодого возраста лиц мужского пола, что несколько не согласуется с данными многих других исследований [1, 2]. При анализе гендерной разницы по подтипам ИИ значимое различие обнаружено только в группе атеротромбоэмболических инсультов (19 мужчин, 3 женщины). В остальных 4 подтипах статистически значимой гендерной разницы не выявлено. Возможно, данные различия связаны с недостаточной выборкой пациентов для исследования.

Был также проведен анализ сроков поступления пациентов в стационар. В течение 3 часов с момента появления первых признаков ИИ в стационар поступило только 4 пациента (11 %), в промежутке от 3 до 6 часов – еще 5 пациентов (13 %). Данные пациенты рассматривались как возможные кандидаты для проведения тромболитической терапии (ТЛТ) и рентгенэндоваскулярных хирургических (РЭВХ) методов лечения. Однако после дообследования пациентов (анализ критериев исключения, данных шкалы NIHSS, результатов компьютерной томографии) методы ТЛТ и РЭВХ у данных пациентов не применялись.

В период от 6 до 24 часов поступило 14 пациентов (27 %), и в срок более суток – 15 пациентов (39 %). Эти показатели указывают на явные существующие проблемы, связанные с недостаточно ранней госпитализацией пациентов (в основном из-за позднего обращения за медицинской помощью). Летальность в данной группе составила 0 %, т.е. все пациенты были выписаны из стационара с улучшением разной степени выраженности.

Выводы. Клинические проявления ИИ у лиц молодого возраста имеют некоторые специфические особенности, которые надо учитывать при диагностике данной патологии. Показатель своевременного обращения пациентов за медицинской помощью в период 3-х часов от начала заболевания (индикатор качества профилактической работы) у лиц молодого возраста с ИИ является крайне низким – 11%. Необходима активация санитарно-просветительной работы среди населения в данном направлении.

Литература:

1. Кадыков, А.С. Особенности нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова // РМЖ. – 2006. – № 4. – С. 254–257.
2. Стаховская, Л.В. Инсульт : рук. для врачей / Л.В. Стаховская, С.В. Котов. – М. : Мед. информ. агентство, 2013. – 400 с.
3. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial / H.P. Adams [et al.] // Stroke. – 1993. – № 24. – P. 35–41.

УДК 616.8-009.1

РЕДКИЕ ВАРИАНТЫ ТРЕМОРА: ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПИСЧИЙ ТРЕМОР

Пашков А.А.¹, Шабуня Т.С.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹
Витебская областная клиническая больница²

Введение. Международное общество болезни Паркинсона (БП) и двигательных расстройств (The International Parkinson and Movement Disorder Society, IPMDS) определяет тремор как непроизвольные, ритмичные, колебательные движения части тела, обусловленные поочередными или одновременными сокращениями мышц агонистов и антагонистов [1].

Физиологический тремор (ФТ) присущ каждому здоровому человеку и представляет собой высокочастотное (8–12 Гц) низкоамплитудное дрожание в руках или любой другой части тела, которое внешне никак не определяется. Патологический тремор, в отличие от ФТ, виден при осмотре пациентов, имеет более высокую амплитуду, меньшую частоту, провоцирующие или усиливающие его условия [2].

Предложенная в 2017 г. экспертами IPMDS классификация тремора, предусматривает два направления (оси) диагностики: первая ось, клиническая, подразумевает описание особенностей развития расстройства, характеристики тремора, дополнительных симптомов, методов инструментального обследования. Вторая ось, этиологическая, предполагает оценку тремора в рамках наследственных, спорадических, идиопатических форм [1]. Частота встречаемости разных вариантов тремора неодинакова.

Например, паркинсонический тремор встречается с частотой от 0,015 до 6 случаев на 1000 населения; эссенциальный – от 4 до 55 случаев на 1000 населения старше 40 лет. Частота встречаемости писчего тремора неизвестна, последний относится к редким формам данной группы неврологических нарушений. Первичный писчий тремор проявляется ротаторными движениями кисти частотой 5–7 Гц, которые провоцируются письмом, а иногда принятием рукой позы для письма. Часть случаев имеет семейный характер. Феноменологически писчий тремор занимает промежуточное положение между тремором и фокальной дистонией, поэтому его нередко рассматривают как отдельное заболевание. Описаны также редкие случаи пароксизмального тремора как семейного, так и спорадического характера, которые принято относить к пароксизмальным дискинезиям [3].

Цель настоящего сообщения – анализ клинического случая писчего тремора в рамках диагностики, дифференциальной диагностики и возможных методов коррекции.

Материал и методы. Клиническая, инструментально-лабораторная оценка писчего тремора на примере пациентки Н. 60 лет.

Результаты и обсуждение. Пациентка Н. находилась на обследовании и лечении в неврологическом отделении Витебской областной клинической больницы с 9.11.2018 г. по 22.11.2018 г. Поступила с жалобами на тремор кисти правой руки, возникающий каждый раз при попытках писать. В других бытовых ситуациях рукой пользуется свободно, тремор не беспокоит. Указанное расстройство беспокоит на протяжении 3-х лет с не резко выраженной тенденцией к усилению. Последнее время письмо стало практически невозможным. Аналогичных или схожих нарушений у близких родственников не наблюдалось. Из перенесенных заболеваний: простудные, миома матки в стадии регрессии.

Неврологический статус: нарушений чувствительности не выявлено. Произвольные движения, за исключением указанного выше тремора, в полном объеме. Сила в руках, ногах не изменена, мышечный тонус соответствует нормальному. Поверхностные и глубокие рефлексы не изменены. Черепные нервы без патологии. Когнитивных, эмоциональных, мнестических нарушений не выявляется.

Лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, гемостазиограмма в пределах нормы. Глюкоза, билирубин, АЛТ, АТ, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинина, электролиты, А-амилаза, ЛДГ, КК, КК МВ, СРБ, РФ в пределах нормы. Медь сыворотки крови 13,69, церулоплазмин 0,32 г/л, холестерин 7,0 ммоль/л (ЛПВП – 1,5 ммоль/л, ЛПНП – 4,5 ммоль/л, триглицериды 2,0 ммоль/л).

Инструментальные исследования: МРТ головного мозга от 09.11.2018 г. – признаки субатрофические изменений головного мозга; МРТ грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника – признаки остеохондроза, спондилоартроза, правосторонний сколиоз грудного, поясничного отделов позвоночника, переходной люмбо-сакральный позвонок. Протрузия межпозвонковых дисков в пределах 3,7-4 мм. Передне-задний

размер позвоночного канала на уровне грудного отдела 13 мм, L1 –L5 позвонков – 10-12 мм. Поверхностная ЭМГ, спонтанная активность: с мышц верхних конечностей потенциалы фасцикуляций не зарегистрированы; при электростимуляции нервов СПИ-эффект в норме; М-ответы в зонах их иннервации хорошей амплитуды.

На основании анамнестических, клинических, инструментально –лабораторных данных выставлен диагноз: «Спородическая форма писчего тремора с резко выраженным нарушением функции письма». Дифференциальная диагностика проведена с гепато-церебральной дегенерацией (нормальные показатели церулоплазмينا, меди в сыворотке крови); паркинсонизмом (нормальный мышечный тонус); деформирующими мышечными дистониями (изолированность и специфичность симптома), структурными поражениями головного мозга (нормальные показатели МРТ мозга).

Предпринятая попытка лечения анаприлином, клоназепамом, хлорпротиксеном в сочетании с сегментарным массажем желаемого эффекта не дали. Пациентка направлена в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для манипуляции локального блокирования нервно-мышечной импульсации препаратами ботулотоксина.

Литература:

1. Tremor Task Force of the International Parkinson and Movement Disorder Society. Consensus Statement on the classification of tremors. from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society / K.P. Bhatia [et al.] // Mov Dis. – 2018. – Vol. 33 (1). – P. 75–87. doi: 10.1002/mds.27121
2. Deuschl, G. Ad Hoc Scientific Committee. Consensus statement of the movement disorder society on tremor / G. Deuschl, P. Bain, M. Brin // Mov Dis. – 1998. – Vol. 13. – Suppl. 3. – P. 2–23.
3. Essential tremor is not dependent up on cerebellar Purkinje cell loss / A.H. Rajput [et al.] // Parkinsonism Relat Dis. – 2012. – Vol. 18. – P. 626–28.
4. Иллариошкин, С.Н. Дрожательные гиперкинезы : рук. для врачей / С.Н. Иллариошкин, И.А. Иванова-Смоленская. – М. : Атмосфера, 2011.

УДК 616.831-005.1-003.9-005.4

ИЗУЧЕНИЕ АВТОКОРРЕЛЯЦИОННЫХ ФУНКЦИЙ ЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ПРАВОМ КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Солкин А.А., Белявский Н.Н., Кузнецов В.И., Коровко И.А.,
Дорошкевич Е.С., Сапего В.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Корреляционный анализ электроэнцефалограммы (ЭЭГ) представляет собой оценку состояния функционального состояния головного мозга, параметром которой является время (временная разница) в сравнении с частотным анализом, где основным параметром является частота. При корреляционном анализе ЭЭГ осуществляется изучение происходящих в головном мозге процессов во времени. Выделяют кросскорреляционный и автокорреляционный анализы ЭЭГ. Автокорреляционный анализ позволяет производить сравнение процесса ЭЭГ на каком-то произвольном отрезке времени с другим отрезком в несколько более раннее или более позднее время. Таким образом, определяются средние отношения процесса в течение времени или его статистические свойства [1, 2].